UEBER DIE RESULTATE
DER
EXSTIRPATION DES TUBERKULÖSEN SEHNENSCHEIDENHYGROMS DER HAND.

INAUGURAL-DISSERTATION
ZUR
ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE
IN DER
MEDICIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHÜLFE
UNTER DEM PRÄSIDIUM
VON

DR. PAUL VON BRUNS,
O. Ö. PROFESSOR DER CHIRURGIE, DIREKTOR DER CHIRURGISCHEN KLINIK
IN TÜBINGEN

DER
HOHEN MEDICINISCHEN FAKULTÄT
DER
EBERHARD-KARLS-UNIVERSITÄT
ZU
TÜBINGEN
VORGELEGT
VON

BERNHARD ZOEPPRITZ
AUS CALW.

TÜBINGEN
DRUCK VON H. LAUPP JR
1903.

UEBER DIE RESULTATE

DER

EXSTIRPATION DES TUBERKULÖSEN SEHNENSCHEIDENHYGROMS DER HAND.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN, CHIRURGIE UND GEBURTSHÜLFE

UNTER DEM PRÄSIDIUM

VON

DR. **PAUL VON BRUNS,**

O. Ö. PROFESSOR DER CHIRURGIE, DIREKTOR DER CHIRURGISCHEN KLINIK IN TÜBINGEN

DER

HOHEN MEDICINISCHEN FAKULTÄT

DER

EBERHARD-KARLS-UNIVERSITÄT

ZU

TÜBINGEN

...GAD.
...BIBL.

VORGELEGT

VON

BERNHARD ZOEPPRITZ

AUS CALW.

TÜBINGEN

DRUCK VON H. LAUPP JR

1903.

Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Fakultät der Universität Tübingen. August 1903.

Referent: Herr Professor Dr. **von Bruns.**

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547024_0163

Die Therapie der Sehnenscheidenhygrome bestand früher darin, dass man den Inhalt derselben zu entleeren suchte und zwar entweder durch einfache Punktion oder durch Incision. Man glaubte, dass nach Entleerung entweder nur der Flüssigkeit oder der Flüssigkeit mit den Reiskörperchen die Wände des Sackes sich zusammenlegen und mit einander verkleben und so vollständige Heilung erzielt würde. Am meisten geübt wurde die Volkmann'sche Methode mit Incision und Gegenincision und Einlegen eines Drains, mit welchem dann durch Hin- und Herziehen die noch der Wand anhaftenden Reiskörperchen weggerieben wurden.

Seitdem nun durch die Untersuchungen Höftmann's, Garrè's u. A. nachgewiesen ist, dass die Sehnenscheidenhygrome auf tuberkulöser Basis beruhen, und dass die meisten, wie deshalb nicht anders zu erwarten, nach blosser Incision recidivieren und nicht allzu selten bei längerem Bestehen auf die Nachbarschaft, besonders auf das Handgelenk, übergreifen, muss als die rationellste Therapie die vollständige Entfernung alles erkrankten Gewebes, die Totalexstirpation, bezeichnet werden.

Entscheidend ist also der Erfolg der Operation bezüglich der Dauerheilung. Da hierüber bisher keine Untersuchungen an einem grösseren Materiale vorliegen, sollen in folgendem die Resultate der Totalexstirpation an den in der v. Bruns'schen Klinik wegen tuberkulöser Sehnenscheidenhygrome der Hand operierten Fällen festgestellt werden. Zu diesem Zweck wurden sämtliche in Betracht kommenden Operierten entweder nachuntersucht oder ihr weiteres Schicksal mittelst eines Fragebogens ermittelt, der Fragen über die Heilung des Leidens und der Wunde an der Hand, über eventuelle Fistelbildung und über die Funktionsfähigkeit der Hand enthielt.

Die Beobachtungszeit beträgt in 4 Fällen bis zu einem Jahr 7 mal 2—3 Jahre, 8 mal 4—6 Jahre, 6 mal 7—12 Jahre und in 10 Fällen 13—15 Jahre.

Von diesen 35 Fällen lasse ich nun die Krankengeschichten folgen. Die schon früher in der Arbeit von Garrè[1]) erwähnten Fälle führe ich nochmals auf, da jetzt wieder Erkundigungen über dieselben eingezogen wurden.

1. Sophie Z., 23 J. Tendovaginitis fungosa extens. comm. digit. man. utriusque. Beginn Herbst 1887. Auf beiden Handrücken flacher, halbkugliger Tumor, über der Radiusepiphyse flacher, walnussgrosser Tumor. 23. VII. 88. Operation. Sorgfältige Exstirpation der tub. Teile mit Schonung der Sehnen. Extensor und Abductor poll. sind nicht befallen. Heilungsverlauf reaktionslos. Nachuntersuchung Herbst 1890: Finger normal beweglich, kein Recidiv. Mai 1903. Die Wunde ist geheilt geblieben, verminderte Kraft.

2. Sophie L., 25 J. Fungus der Sehnenscheide des Extens. digit. comm. man. dextr. Seit 6 Jahren Schwellung des Handrückens. Vor einigen Jahren Durchbruch von Fisteln. 15. I. 89. Exstirpation. Sehnen freipräpariert. Das Periost des Metacarp. II ist fungös. Heilung nur teilweise primär. Februar 1890. 2 Fisteln auf dem Handrücken. Zweiter und dritter Finger können nicht vollständig flektiert werden. Extension normal. Mai 1903. Die Fisteln bestehen noch. Leichte Arbeit kann verrichtet werden.

3. Johanna W., 45 J. Tendovaginitis tub. extens. digit. comm. man. dextr. Beginn vor 2 Jahren mit einer Geschwulst auf dem Handrücken, die excidiert wurde. Nach 2 Monaten Recidiv. Auf der Dorsalseite des Handgelenks und dem unteren Teil des Vorderarmes einige halbkuglige Tumoren, die durch das Ligamentum carpi dorsale getrennt wird. 21. X. 89. Exstirpation der fungösen Tumoren. Heilung p. p. Funk-

1) Bruns' Beiträge Bd. VII.

tion der Finger bei der Entlassung gut. Mai 1903. Ueber das Leiden nichts zu erfahren. Starb 1897 an Magenblutung.

4. Marie B., 22 J. Beginn vor 2 Jahren. 21. V. 87. Exstirpation der fungös erkrankten Sehnenscheiden. November 1887 neue Anschwellung. Mai 1888 gänseeigrosse Geschwulst oberhalb des Lig. carpi volare, sich in die Hohlhand fortsetzend. Mai 1888. Operation. Totale Exstirpation der Sehnenscheiden. Die Sehnen des Flex. dig. IV und V subl. sowie des Palmaris longus müssen in grosser Ausdehnung reseciert werden. An einer Stelle haben fungöse Granulationen die Handgelenkskapsel durchsetzt. Auskratzung. Heilung p. p. Der 4. und 5. Finger können während der nächsten Monate nicht im Carpo-Phalangealgelenk flektiert werden. Februar 1890. Heilung von gutem Bestand, keine Fistel. Handgelenk frei beweglich, die Flexion der Finger nicht bis zum Faustschluss möglich, doch ist die rohe Kraft erhalten und Pat. an keiner Arbeit behindert. 1894 gestorben.

5. Christian Z., 24 J. Primärer Fungus der Sehnenscheiden der Strecksehnen der rechten Hand. Diffuse Schwellung auf dem Handrücken, an einer Stelle eine Fistel. 15. III. 89. Operation. Die Synovialscheide des Extens. dig. comm. und des Extens. dig. V sind fungös degeneriert, die übrigen sind frei. Die Sehnen werden aus den fungösen Massen ausgeschält, die vom Extens. dig. comm. zum 5. Finger ziehende wird, weil aufgefasert, reseciert. Heilung unter starker Eiterung. Februar 1890. Die Finger sind mit Ausnahme des 4. gut zu strecken, derselbe bleibt bei der Extension etwas zurück. Die Faust kann gut geschlossen werden mit ziemlicher Kraftentfaltung. Auskratzen eines tuberkulösen Herdes in der alten Narbe. Mai 1903. Das Leiden ist geheilt geblieben, ohne Fistelbildung. Die Hand ist vollständig arbeitsfähig.

6. Jakob R., 47 J. Fungus der Sehnenscheidensäcke der Flexoren der linken Hand. Beginn vor $^1/_2$ Jahre. 8. V. 90 Operation. Der ulnare Synovialsack ist vollständig tuberkulös degeneriert, weniger der radiale. Alles Bindegewebe zwischen Vorderarmknochen und Haut wird entfernt, die Sehnen werden blank geschält und isoliert. Reaktionslose Heilung. 25. VI. 90. Die Hand kann, wenn auch nicht ohne Anstrengung, zur Faust geschlossen werden. Bis 1894 bestand vollständige Erwerbsfähigkeit. Durch einen Unfall in diesem Jahr soll die Gebrauchsfähigkeit der Hand sehr herabgesetzt worden sein.

7. Johanne M., 41 J. Tuberkulose der Flexorensehnenscheide des 5. Fingers rechts. Ostitis tub. proc. styloidei der Ulna sowie des Radioulnargelenkes. Der 5. Finger zeigt an der Volarseite seiner Grundphalanx eine diffuse Geschwulst. 3. VI. 90. Exstirpation. Herauspräparieren der Sehne. Verwachsung mit dem Periost. Kein Knochenherd. Heilung p. p. Mai 1903. Nach 2—3 Jahren traten Fisteln auf. Vom behandelnden Arzte wurde Knochentuberkulose konstatiert.

8. Bernhard R., 30 J. Tendovaginitis tuberculosa flexorum man. dextr. Beginn vor 4 Jahren. August 1890 Operation. Zwerchsackförmiger Tumor mit Fortsätzen längs der Sehnen des 2., 3. u. 5. Fingers. Einige Sehnen können nur mit Substanzverlust gereinigt werden. Die Handgelenkskapsel ist intakt. Primäre Heilung. Februar 1892. Tuberkulose des Handgelenks. Behandlung mit Jodoformölinjektionen. April 1903. Die Wunde ist geheilt, es besteht nur noch Schwäche der Hand, so dass leichte Arbeit geleistet werden kann.

9. Karl W., 37 J. Tendovaginitis fungosa extens. man. sin. recid. 23. VII. 88. Exstirpation der fungösen Massen. Wiederbeginn vor ca. 1 Jahr. Auf Dorsal-Volarseite des unteren Radiusendes des linken Arms je ein kleiner, fluktuierender Tumor in der entsprechenden Narbe. 19. I. 92. Operation. Der dorsale Knoten ist mit dem Periost des Radius verwachsen und wird unter Abmeisselung vom Radius entfernt; der obere, nicht mit dem Knochen verwachsene, wird ebenfalls exstirpiert. Heilung p. p. — Mai 1903. Das Leiden hat sich nicht mehr gezeigt. Die Wunde ist geheilt, keine Fisteln. Die Kraft der Hand ist herabgesetzt.

10. Friedrich K., 46 J. Tendovaginitis fungosa dorsi man. sin. Krank seit 2 Jahren, vor ca. $1^3/_4$ Jahren Fistelbildung. Vor 1 Jahr Auskratzung der Fistel und Jodoformöleinspritzung. Jetzt zwei querovale, hühnereigrosse Tumoren auf dem Dorsum manus. 12. V. 92. Exstirpation des Sackes, der alle Strecksehnen umschliesst, teilweise Resektion von Sehnen, die vollständig von fungösem Gewebe durchwuchert sind. Heilung per sec. int. — Mai 1903. Es blieben Fisteln zurück. Die Arbeitsfähigkeit der Hand ist stark herabgesetzt.

11. Regine L., 38 J. Tendovaginitis tub. abduct. pollicis longi et extens. poll. brev. sin. Krank seit 3 Jahren. Vor 2 Jahren Incision. Am Radialrand des linken Unterarms spindelförmige Anschwellung. 26. IV. 93. Exstirpation des Sackes und Reinigung der Sehnen von den fungösen Massen. Heilung p. p. — Gestorben am 30. VII. 96 an Blutsturz. Ueber das Leiden ist nichts bekannt.

12. Josef H., 29 J. Hygroma carpale tub. extens. man. sin. Beginn vor 2 Jahren. Ungefähr gänseeigrosse Geschwulst auf dem Dorsum manus. 27. V. 95. Exstirpation des Sackes, nachdem die sämtlich in fungöse Massen eingebetteten Strecksehnen freipräpariert sind. Heilung p. p. — Das Leiden an der Hand ist nicht geheilt geblieben, es bildeten sich Fisteln; vollständige Arbeitsunfähigkeit der Hand. Gestorben am 16. XI. 98.

13. Therese B., 20 J. Tendovaginitis tuberculosa flex. carpi dextr. Krank seit 2 Jahren. Ein $^1/_2$ Jahr mit Jodoformölinjektionen und Gipsverbänden behandelt. Auf der Beugeseite des rechten Handgelenks findet sich, mehr ulnarwärts gelegen, eine ca. 3 cm lange, flache Vorwölbung.

7. II. 96. Exstirpation der fungösen Massen, die bis aufs Handgelenk reichen und fast alle Beugesehnen umschliessen. Heilung p. p. — Mai 1903. Das Leiden ist geheilt geblieben. Seit 2 Jahren keine Fisteln mehr. Arbeitsfähigkeit stark herabgesetzt.

14. Pauline H., 30 J. Hygroma carpale vol. dextr. Beginn vor 1 Jahr. An der Beugeseite des rechten Vorderarms kaum walnussgrosser Tumor. 8. II. 96. Operation. Freipräparieren der Flexorensehnen, die alle, mit Ausnahme der auf der ulnaren Seite gelegenen, umwuchert sind, und Exstirpation der fungösen Massen, die bis auf das Periost des Handgelenks und der Handwurzel reichen. Heilung p. p. — Mai 1903. Alles gut geheilt. Keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit.

15. Albrecht B., 18 J. Hygroma carpale volare dextr. Seit zwei Jahren krank. In der Vola man. und auf dem Handgelenk je eine taubeneigrosse Geschwulst. Exstirpation. 6. II. 97. Eine Sehne, die ganz aufgefasert war, liess sich nicht erhalten. Heilung p. p. Bei der Entlassung können sämtliche Bewegungen der Hand ausgeführt werden. — Mai 1903. Es ist später eine Fistel aufgetreten, die auswärts operiert wurde. Die Gebrauchsfähigkeit der Hand ist zur Ausübung des Schreinerberufs vollkommen ausreichend.

16. Franz B., 26 J. Tendovaginitis tub. vol. sin. Beginn vor zwei Jahren. Vor einem halben Jahr Incision, die sich nicht mehr schloss. 15. VI. 97. Exstirpation. Die 4 oberflächlichen Flexoren sind vollständig eingebettet in fungöse Massen, die 2. und 3. Sehne zerreissen und können nicht mehr vereinigt werden. Die tiefen Flexorensehnen werden ebenfalls freipräpariert. Heilung per secundam. — Mai 1903. Die Gelenkigkeit und Kraft der Finger der linken Hand ist etwas herabgesetzt. Sonst keine Beschwerden.

17. Katharine E., 35 J. Hygroma carpale vol. dextr. Beginn vor 3 Jahren. An der Volarseite des Vorderarms ca. hühnereigrosse Geschwulst. 11. XII. 97. Operation. Freipräparieren der Sehnen, wobei 3 verloren gehen, die des Flex. dig. II, III sublimis und eine abnorme Sehne. Heilung p. p. — Mai 1903. Die Wunde ist ebenso wie das Leiden geheilt, und es sind keine Fisteln vorhanden. Vollständige Arbeitsfähigkeit der Hand.

18. Joh. B., 63 J. Hygroma carpale vol. sin. Beginn vor $1^1/_2$ Jahren. In der Vola man. und auf dem Handgelenk je eine weiche Anschwellung. 15. I. 98. Operation. Freipräparieren der Sehnen, die selbst intakt sind. Exstirpation der erkrankten Scheiden. Heilung p. p. — Mai 1903. Das Leiden ist geheilt, die Kraft der Hand ist etwas herabgesetzt.

19. Marie G., 47 J. Tendovaginitis tub. flex. man. dextr. recid. Juli 1890 Exstirpation. Vor 3 Monaten Schwellung am Handgelenk, vor 3 Tagen Fistelbildung. 12. II. 98. Operation. Die Sehnen laufen frei

über den fungösen Massen, die sich leicht gegen die Umgebung abgrenzen lassen und exstirpiert werden. — Mai 1903. Das Leiden ist ebenso wie die Wunde geheilt geblieben, keine Fisteln. Schwäche der rechten Hand.

20. Luise Sch., 44 J. Hygroma carpale vol. dextr. In der Gegend des rechten Handgelenks ist eine Anschwellung. 11. VII. 98. Operation. Freipräparieren von 3 Flexorensehnen und Exstirpation des Sackes. Heilung p. p. — Mai 1903. Das Leiden ist vollständig geheilt.

21. Josephine H., 15 J. Tendovaginitis fungosa flex. dig. III man. sin. Beginn vor 1 Jahr. Anschwellung entsprechend der Flexorensehne des 3. Fingers. 12. II. 98. Operation. Herauspräparieren der Flexorensehnen, von denen die tiefe stark aufgefasert ist. Sie kann jedoch erhalten werden. Exstirpation des ganzen Fungus. Heilung p. p. — Mai 1903. Das Leiden soll vollständig geheilt sein. Näheres nicht zu ermitteln.

22. Andreas H., 39 J. Hygroma carpale vol. sin. Beginn vor zwei Jahren. Ober- und unterhalb des Lig. carpi vol. je eine walnussgrosse Anschwellung. 29. VII. 98. Operation. Freipräparieren der Sehnen, von denen besonders die des 5. Fingers ergriffen ist. Sie kann jedoch erhalten werden, Heilung p. p. — Mai 1903. Das Leiden blieb geheilt. Es kann jede Art von Arbeit geleistet werden, nur ist die Gelenkigkeit und Kraft der Hand etwas herabgesetzt.

23. Anton B. Hygroma carpale vol. sin. Beginn vor 5 Jahren, vor zwei Monaten Aufbrechen einer Fistel am linken Kleinfingerballen. 30. VII. 99. Operation. Sämtliche Flexorensehnen der Kleinfingerseite müssen mühsam freipräpariert werden. Die Sehne des Palmaris longus geht verloren. Vereiterung der ganzen Wunde mit nekrotischem Zerfall einzelner Sehnen. — Starb am 22. VIII. 99 zu Haus an „Blutzersetzung".

24. Karl S., 17 J. Hygroma carpale vol. Beginn mit Schwellung vor 1 Jahr. 16. II. 00. Operation. Sämtliche Beugesehnen sind in fungöses Gewebe eingeschlossen. Die Sehne des Palmaris longus muss abgetragen werden. Von der Sehne des Flex. dig. IV wird nur ein 2 mm breites Stück erhalten. Die übrigen werden freipräpariert und gesäubert. Heilung p. p. — Mai 1903. Vollständig gut geheilt.

25. H., 25 J. Tendovaginitis fungosa flex. dig. III man. dextr. Beginn vor 12 Wochen, jetzt wurstförmige Geschwulst im Bereich der 2. und 3. Phalanx des 3. Fingers. 26. III. 00. Operation. Freipräparieren der Sehnen, die selbst intakt, aber ganz umschlossen von fungösem Gewebe sind. Heilung p. p. — Mai 1903. Das Leiden war vollständig geheilt, und es konnte alle Arbeit mit der Hand verrichtet werden. 1. VIII. 02 an Kehlkopftuberkulose gestorben.

26. Joh. Georg M., 50 J. Tendovaginitis fungosa flex. carpi dextr.

Krank seit 1½ Jahren, vor 14 Tagen Aufbruch einer Fistel. 25. V. 00. Operation. Alle Beugesehnen sind so ziemlich gleichmässig umwuchert und müssen freipräpariert werden. Exstirpation der tub. Wucherungen. Heilung p. p. — Mai 1903. 3., 4. und 5. Finger sind steif, die Wunde ist gut geheilt. Vollständige Arbeitsunfähigkeit rechts.

27. Johann G., 30 J. Tendovaginitis fung. carpi dextr. vol. Krank seit 1 Jahr. Die Volarseite des rechten Handgelenks ist bis 3 Querfinger über das Gelenk vorgewölbt. 16. VI. 00. Operation. Sämtliche Beugesehnen, hauptsächlich aber der Flex. dig. V und Flexor poll. long. sind umwuchert und werden freipräpariert. Exstirpation der Fungositäten. Heilung p. p. — Mai 1903. Die Hand ist geheilt, es kann alle Arbeit mit ihr verrichtet werden.

28. Luise E. Tendovaginitis fungosa extens. utriusque manus. Beginn rechts vor 2, links vor 1 Jahr. Auf beiden Handrücken zwerchsackförmige, fluktuierende Anschwellung. 8. XI. 00. Operation. Präparation des die ganzen Strecksehnen umgebenden Fungus ohne Läsion der Sehnen selbst an beiden Händen. — Mai 1903. Das Leiden an der linken Hand ist geheilt. Auf der Dorsalseite des rechten Handgelenks sitzt ein kleiner Tumor.

29. (12). Ernst B., 19 J. Tendovaginitis flex. man. dextr. recid. Vor 2 Jahren operiert. Beginn des Recidivs vor 1 Jahr. In Vola manus und über dem Handgelenk wurstförmige Anschwellung. 1. VIII. 94. Operation. Sämtliche Beugesehnen liegen in einem fungösen Sack und werden einzeln freipräpariert, die fungösen Massen werden exstirpiert. Heilung p. p. — Mai 1903. Das Leiden ist geheilt, keine Fisteln. Die Hand kann nicht mehr vollständig zur Faust geschlossen werden, doch wird alle Art von Arbeit mit ihr verrichtet.

30. Rosa B., 17 J. Tendovaginitis tub. flex. man. dextr. Krank seit 1 Jahr. Schwellung der volaren Seite des 3. Fingers im Bereich der 1. und 2. Phalanx; die Schwellung setzt sich in die Hohlhand fort. 30. VII. 01. Operation. Exstirpation der fungösen Massen und Freipräparieren der Flexorensehnen, wobei ein kleiner Strang des Flex. dig. III subl. mit entfernt werden muss. April 1902. Abscessus frigidus dig. III man. dextr. Incision. — Mai 1903. Gut geheilt. Vollkommene Arbeitsfähigkeit.

31. Stephan Pf., 15 J. Tendovaginitis fungosa flex. man. dextr. Beginn vor 12 Wochen. Vor 6 Wochen Incision auf der Volarseite etwas über dem Handgelenk; aus der Wunde entleert sich seitdem Sekret. 22. IV. 02. Operation. Freilegen sämtlicher Beugesehnen und Exstirpation der fungösen Massen. Gute Heilung. — Mai 1903. Anfangs bestand eine Fistel, die sich aber nun geschlossen hat. Schwerere Arbeiten können mit der Hand nicht verrichtet werden.

32. Josef Sp., 34 J. Hygroma vagin. tendin. carpi vol. dextr. Beginn vor $2^1/_2$ Jahren. Zwerchsackförmige Schwellung an der Volarseite des Handgelenks, der Flexor carpi ulnaris ist nicht ergriffen. Dem Abductor poll. long. entsprechend walnussgrosse Geschwulst, und eine dritte, taubeneigrosse Geschwulst entsprechend dem Extens. carpi rad. auf dem Handrücken. 11. V. 02. Operation. Herauspräparieren der einzelnen Sehnen und Exstirpation der Scheiden. Heilung p. p. — Mai 1903. Starke Schwellung des 2. Fingers. Anschwellung im Bereich der Vola, besonders des Daumenballens und über dem Handgelenk. Die Wunde selbst ist gut geheilt.

33. Karl G., 26 J. Tendovaginitis fungosa extens. antibrachii sin. Beginn vor mehreren Monaten. Auf der Dorsalseite des linken Handgelenks befindet sich eine längliche Anschwellung. 31. X. 02. Operation. Exstirpation einer von den Sehnenscheiden der Extensoren ausgehenden Neubildung. Heilung p. p. — Mai 1903. Die Hand ist geheilt. Die Funktion völlig normal.

34. Linus D., 37 J. Hygroma carpale vol. man. sin. Beginn vor 8 Jahren. 16. I. 01. Exstirpation. Sämtliche Sehnenscheiden der Beuger, auch der des Daumens, waren ergriffen. Exstirpation des ganzen Sackes. Heilung p. p. Recidiv im Laufe des Sommers 1901 aufgetreten als Schwellung an der Beugeseite des linken Mittelfingers. 27. I. 03. Exstirpation der erkrankten Sehnenscheide. Heilung p. p. — Mai 1903. Leiden geheilt. Keine Fisteln. 3. Finger kann nur mit Hilfe eines anderen gebeugt werden.

35. Friedrich W., 42 J. Hygroma carpale vol. man. sin. Beginn vor ca. 1 Jahr. In der Vola und auf dem Handgelenk flache, prallelastische Anschwellung. 14. I. 03. Operation. Sämtliche Flexorensehnenscheiden sind ergriffen. Exstirpation des ganzen Sackes. Heilung p. p. — Mai 1903. Leiden geheilt. Keine Fisteln, gute Arbeitsfähigkeit.

Unter diesen 35 Fällen, bei denen die Exstirpation der erkrankten Sehnenscheiden wegen tuberkulösen Hygroms gemacht wurde, befanden sich hiemit 21 Männer und 14 Frauen. Das Hauptkontingent stellte das Alter zwischen 20 und 40 Jahren, jüngere Leute von 15—19 Jahren waren es 6, ältere 8. Es trat also die Erkrankung vorzugsweise in dem Alter der angestrengtesten Arbeit auf; wenn man noch in Betracht zieht, dass die Erkrankung bedeutend mehr Männer als Frauen befiel und unter den Männern wieder durchweg solche, welche einen die Hände und Arme stark in Anspruch nehmenden Beruf hatten (Mechaniker, Schreiner, Bauer etc.), so muss man doch wohl in einer starken, angestrengten Thätigkeit der Hände und Arme ein prädisponierendes Moment für das

Auftreten der Erkrankung erblicken.

Bei 20 Fällen war die Erkrankung an der rechten, bei 13 an der linken Hand aufgetreten, in zwei Fällen war sie doppelseitig. In der grossen Mehrzahl der Fälle (25) waren die Sehnenscheiden der Flexoren ergriffen und nur in einer kleinen Anzahl (10) die der Extensoren. Der Sitz der Erkrankung war meist der gemeinsame Sehnenscheidensack, nur in wenigen Fällen (z. B. Fall 7) war die Scheide eines einzelnen Fingers ergriffen.

Der Beginn des Leidens wird meist auf 1—3 Jahre vor der Operation — in Fall 2, 23 und 34 auf 5, 6 und 8 Jahre — zurückdatiert und gewöhnlich in Zusammenhang mit einem Trauma oder einer Erkältung gebracht. Es tritt eine Anschwellung auf, die sich nur ganz allmählich vergrössert. Dementsprechend nehmen auch die Funktionsstörungen in der ergriffenen Hand langsam zu und hiedurch, oder eventuell durch das Durchbrechen einer Fistel wird der Patient zum Arzt getrieben. In den meisten Fällen — bei Erkrankung des gemeinsamen Sehnenscheidensackes der Flexoren — bietet sich folgendes Bild: Im Bereich des Handgelenks und einige Querfinger über demselben findet sich eine fluktuierende oder pseudofluktuierende Anschwellung, welche durch eine Schnürfurche, entsprechend dem Ligamentum carpi volare proprium, von einer meist ebensogrossen Anschwellung in der Vola manus getrennt ist. Bei Druck auf die eine Anschwellung vergrössert sich die andere, dabei hört man das Reiben der Reiskörperchen — das „Hydatidenschwirren". Das letztere Phänomen wurde nur in 8 von unseren Fällen beobachtet, in den übrigen Fällen fehlten die Reiskörperchen vollständig, und es fand sich bei der Eröffnung des Sackes nur die Wand mehr oder weniger fungös degeneriert. In diese fungösen Massen sind die Sehnen eingebettet; in den meisten Fällen lassen sie sich, da sie selbst intakt und nur von dem Fungus umwuchert sind, leicht ausschälen, in andern aber sind sie von dem fungösen Gewebe so durchwuchert, dass sie vollständig oder teilweise geopfert werden müssen (Fall 17, 24).

Ganz besonderes Interesse bietet der Fall 19, wo sich trotz vorhergegangener Totalexstirpation der Sehnenscheiden doch wieder 8 Jahre nach der ersten Operation zahlreiche Reiskörperchen gebildet hatten; die Sehnen zogen glatt verschieblich über die darunterliegenden fungösen Massen weg, während der Nervus medianus wieder vollständig umwuchert war und mit dem Messer herauspräpariert werden musste.

Die Operationsmethode, nach der in obigen Fällen die Exstirpation vorgenommen wurde, ist kurz folgende: Man führt einen Längsschnitt über die Höhe der Tumoren, der oberhalb des Handgelenks beginnt und in der Mitte der Vola manus endet. Man durchtrennt dabei das Ligamentum carpi volare proprium und sucht dann den ganzen Sehnenscheidensack womöglich in toto aus der Umgebung auszulösen. Sodann wird der Sack selbst eröffnet, und es werden die Sehnen von dem sie umgebenden fungösen Gewebe befreit. Sind sie selbst fungös degeneriert, so werden die fungösen Teile excidiert oder im schlimmsten Falle ein Teil der Sehnen resecciert. Ausserdem muss noch der Nervus medianus, der stets in die fungösen Massen mit eingebettet ist, sorgfältig herauspräpariert werden. Die Exstirpation der Extensorensehnenscheiden wird entsprechend ausgeführt.

Die Heilung der Wunde erfolgte in den meisten Fällen per primam. Die wenigen Fälle, bei denen es zur Eiterung kam, waren durchweg solche, bei denen schon längere Zeit eine oder mehrere Fisteln bestanden hatten. Es sind im Ganzen 4 Fälle. Bei Fall 16 war der Tumor ein halbes Jahr vor der Operation incidiert worden, die Incisionswunde war die ganze Zeit bis zur Operation offen, und als der Fall zur Operation kam, war an ihrer Stelle eine mit blassen Granulationen bedeckte, geschwürige Fläche, deren Umgebung vollständig blaurot verfärbt und unterminiert war. Bei Fall 23 bestand das Leiden schon 5 Jahre, ausserdem längere Zeit eine Fistel. Das ganze Operationsgebiet vereiterte, und der Patient soll kurze Zeit nach der Operation zu Hause gestorben sein. Bei Fall 5 bestand ebenfalls eine Fistel, und die Heilung erfolgte unter starker eitriger Sekretion. Bei Fall 2 bestand die Fistel schon einige Jahre: teilweise Heilung per secundam intent. In den Fällen, bei denen trotz bestehender Fisteln primäre Heilung eintrat (Fall 10, 19, 26) waren die Fisteln erst kurze Zeit vor der Operation durchgebrochen.

Betreffs der Endresultate liegen über 31 Fälle Nachrichten vor. Vier starben an anderweitigen Leiden, ohne dass man über das Leiden etwas hätte in Erfahrung bringen können. Recht günstig liegen die Verhältnisse in Bezug auf die Heilung des Leidens selbst. Von 33 operierten Händen sind 25 vollständig geheilt geblieben. Die Dauer der Heilung beträgt bei 5 Fällen bis 1 Jahr; bei 6 Fällen 2—3 Jahre, bei 8 Fällen 4—6 Jahre, bei 3 Fällen 7—12 Jahre, bei 3 Fällen 13—15 Jahre. Den

schönsten Erfolg haben wir in Fall 5 zu verzeichnen, wo bis heute, 14 Jahre nach der Operation, das Leiden geheilt geblieben ist.

Recidive haben wir in 9 Fällen (4, 9, 19, 15, 28, 29, 30, 32, 34) gefunden. Davon sind mit Ausnahme von 2 (28, 32), bei denen das Recidiv nicht mehr operiert wurde, alle nach einer zweiten Operation geheilt, und zwar beträgt die Dauer der Heilung bei Fall 9, 19 und 29 im ersten Fall 11, im zweiten 5, im dritten 9 Jahre. Bei den andern Fällen ist die Beobachtungszeit eine kürzere. Bei 2 Fällen (7 und 8) trat ungefähr 2 Jahre nach der Operation des Sehnenscheidenfungus Tuberkulose des Handgelenks auf. Bei Fall 7 war schon bei der Operation der Fungus mit dem Periost verwachsen, während bei Fall 8 das Handgelenk noch vollständig frei war. In 4 Fällen (2, 7, 10, 12) traten nach der Operation Fisteln auf, die bis heute fortbestehen.

Die Funktion der Hand hat sich im allgemeinen in überraschend günstiger Weise wiederhergestellt und zwar öfters bis zu völliger Norm. In 11 Fällen (5, 14, 17, 20, 21, 24, 25, 27, 28, 33, 35) ist funktionell gar keine Störung an der Hand zurückgeblieben, sowohl was die Bewegung in den Gelenken, als auch was die Kraft anlangt. Interessant ist, dass gerade unter diesen Fällen sich 2 befinden (17 und 24), bei denen der Fungus schon soweit vorgeschritten war, dass im ersten Fall 3 Sehnen, die des Flexor digiti II und III und eine abnorme geopfert werden mussten, da sie vollständig von fungösen Granulationen durchwuchert waren, und im zweiten Fall musste aus demselben Grunde die Sehne des Palmaris longus ganz und die des Flexor dig. IV bis auf ein 2 mm breites Stück reseciert werden.

In 13 weiteren Fällen (1, 8, 9, 13, 16, 19, 22, 18, 29, 31, 34, 15) ist die Funktion nur wenig herabgesetzt, hauptsächlich in Bezug auf die Kraft (z. B. Fall 9 und 31). In Fall 29 ist die rohe Kraft vollständig unverändert geblieben, dagegen ist ein vollkommenes Schliessen der Hand zur Faust unmöglich, doch kann noch alle Art von Arbeit mit der Hand verrichtet werden. Weniger günstig liegt die Sache in Fall 26, wo vollständige Steifheit von 3 Fingern eingetreten ist.

Der Enderfolg der Operation ist nach den vorstehenden Ermittlungen als ein recht günstiger zu bezeichnen, zumal wenn man in Betracht zieht, dass es sich zum grossen Teil um weit vorgeschrittene Sehnenscheidentuberkulose gehandelt hat. Denn es sind bei einer Beobachtungszeit bis zu 15 Jahren Dreiviertel der Ope-

rierten vollständig von ihrem Leiden geheilt. Bei diesen hat sich die Gebrauchsfähigkeit der Hand in fast der Hälfte der Fälle vollständig wiederhergestellt, bei den übrigen ist sie mehr oder weniger herabgesetzt, aber nur in einem Falle besteht vollständige Arbeitsunfähigkeit wegen Steifheit der Finger.

Lebenslauf.

Ich, Bernhard Robert Zoeppritz, bin geboren am 24. Oktober 1878 zu Calw. Ich besuchte das Reallyceum dort bis zu meinem 15ten Lebensjahr, trat dann in das Karlsgymnasium zu Stuttgart ein, wo ich die Reifeprüfung ablegte. Zum Studium der Medizin besuchte ich die Universitäten Kiel, Berlin und Tübingen, und legte mein medizinisches Staatsexamen im Winter-Semester 1902/03 in Tübingen mit dem Prädikat — gut — ab.